

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

64

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1901 à 1 heure

Par PAUL SAINTON

Né à Bar-sur-Seine (Aube) le 16 mai 1874.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LE VIEILLARD

(Etude Clinique)

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges : { MM. BROUARDEL, professeur.
ACHARD et LANGLOIS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

64

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

44

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 novembre 1901 à 1 heure

Par PAUL SAINTON

Né à Bar-sur-Seine (Aube) le 16 mai 1874.
Ancien externe des hôpitaux de Paris.

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LE VIEILLARD

(Etude Clinique)

President : M. PROUST, professeur.

*Juges : { MM. BROUARDEL, professeur.
ACHARD et LANGLOIS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		N.....
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		DEJERINE.
		CHANTENESSE.
Clinique médicale.	}	LANDOUZY.
		HAYEM.
Maladie des enfants.		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		
Clinique chirurgicale.	}	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique ophtalmologique.		RAYMOND.
Clinique des maladies des voies urinaires.		TERRIER.
Clinique d'accouchements.	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique gynécologique.		TILLAUX.
Clinique chirurgicale infantile		DE LAPERSONNE.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agréés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LANGLOIS	RICHARD
AUVRAY	DUPRE	LAUNOIS	TEISSIER
BESANÇON	FAURE	LEGRY	THIERY
BONNAIRE	GILLES DE LA	LEGUEU	THIROLOIX
BROCA (AUG.)	TOURETTE	LEPAGE	THOINOT
BROCA (ANDRÉ)	GOSSET	MARION	VAQUEZ
CHASSEVANT	GOUGET	MAUCLAIRE	WÄLICH
CUNEO	GUIART	MERY	WALTER
DEMELIN	HARTMANN	POTOCKI	WIDAL
	JEANSELME	RENON	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur.

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LE VIEILLARD

INTRODUCTION

En présence d'un vieillard atteint de troubles gastro-intestinaux, ou d'un état fébrile qui se prolonge avec prostration et absence de lésion viscérale appréciable, on ne pense pas à la fièvre typhoïde et, même prévenu, on hésite à la reconnaître. C'est qu'en effet cette maladie est rare dans la vieillesse, c'est qu'en outre ses symptômes peuvent être si incomplets, si frustes qu'elle perd sa physionomie clinique ordinaire. Il s'ensuit que dans plus d'un cas le diagnostic n'est pas fait ou reste incertain, que la gravité du pronostic est méconnue, que les indications thérapeutiques sont mal remplies, et qu'on néglige les mesures prophylactiques.

Il est vrai que le praticien trouve aujourd'hui, pour lever ses doutes, un précieux moyen dans le séro-diagnostic.

Il nous a donc paru intéressant de rechercher d'abord quelle est la fréquence de la fièvre typhoïde chez les individus âgés de plus de 40 ans, et dont l'aptitude à contracter la maladie, contestée à tort pendant la première moitié du xix^e siècle, est aujourd'hui unanimement admise.

Nous avons en outre réuni un certain nombre d'observations de malades ayant dépassé cette limite d'âge, et nous avons cherché à déterminer, en tenant compte des symptômes qu'ils ont présentés le plus souvent, les caractères cliniques, le pronostic et le traitement de la dothièntérie chez les vieillards.

Nous ne saurions oublier, avant d'aborder notre sujet, de remercier nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté de leur précieux enseignement, et nous adressons tout particulièrement à M. le Professeur Proust l'expression de notre vive gratitude.

CHAPITRE I

Degré de fréquence de la fièvre typhoïde chez les vieillards.

Les premiers auteurs français qui se sont occupés de cette maladie considéraient la vieillesse comme à l'abri de ses atteintes. C'est ainsi que Louis (1829) et Chomel (1834) déclarent qu'ils ne l'ont jamais observée après 40 ans. Telle était aussi l'opinion de Valleix et de Rochoux (1840).

Cependant, en 1838, Prus avait déjà mentionné dans la *Gazette médicale* un cas de fièvre typhoïde à 78 ans.

En 1843, Lombard et Franconnet en ont observé un autre chez une femme de 72 ans.

En 1845, Jacquez, de Lure (Haute-Saône), communique à l'Académie un travail dans lequel il conclut que la prédisposition à la fièvre typhoïde est moindre avant 20 ans qu'entre 50 et 60 ans.

Puis Petit cite un cas de 60 ans ; Montault un de 65 ans ; Andral, un de 70 ans, Wilks, un du même âge ; Gendron, cinq de 70 à 75 ans ; Bernard d'Aye, quatre cas après 60 ans, dont un seul a guéri. Enfin en 1849, Lombard publie la *Statistique décennale de l'hôpital de Genève*. En voici les résultats :

De 0 à 10 ans.	. . .	8	pour 100
De 10 à 20 ans.	. . .	13,5	—
De 20 à 30 ans.	. . .	12	—
De 30 à 40 ans.	. . .	5,1	—
De 40 à 50 ans.	. . .	2,5	—
De 50 à 60 ans.	. . .	1,3	—
De 60 à 70 ans.	. . .	0	—
De 70 à 80 ans.	. . .	1,5	—

De ces chiffres Lombard conclut, contrairement aux affirmations de ces prédécesseurs, que la fièvre typhoïde, fréquente surtout entre 10 et 30 ans, atteint néanmoins tous les âges.

Cette opinion n'est pas encore acceptée par tous, mais les nombreuses statistiques publiées vont bientôt en démontrer le bien fondé, en même temps qu'elles établiront la fréquence de la maladie suivant les âges.

A Dresde, la statistique de Fiedler, comprenant une période de onze ans nous donne les chiffres suivants :

58,5	pour 100	de 20 à 30 ans
3,4	. . .	au de là de 40 ans
0,4	. . .	au de là de 50 ans

D'après la statistique de l'Hôpital de Zurich dressée par Griesinger, les individus ayant dépassé 40 ans seraient atteints dans une proportion un peu plus élevée :

3,3	pour 100	de 1 à 9 ans
20,1	. . .	de 10 à 20 ans
46,6	. . .	de 20 à 29 ans

16,8	de 30 à 39 ans
9,6	de 40 à 49 ans
2	de 50 à 59 ans
0,6	de 60 à 69 ans

Les cas de fièvre typhoïde recueillis par Murchison à l'hôpital des fiévreux de Londres de 1848 à 1870, lui ont permis, en les répartissant par périodes de cinq ans, de dresser le tableau qui suit :

Age	Nombre des cas			Moyenne pour 100 à chaque période de la vie
	Hommes	Femmes	Total	
Au dessous de 5 ans.	24	34	58	00.98
De 5 à 9 —	331	227	558	09.44
10 à 14 —	629	545	1,174	18.16
15 à 19 —	744	844	1,588	26.86
20 à 24 —	545	619	1,164	19.69
25 à 29 —	297	303	600	10.15
30 à 34 —	156	141	297	05.36
35 à 39 —	96	105	201	03.40
40 à 44 —	64	60	124	02.09
45 à 49 —	27	37	64	01.08
50 à 54 —	13	23	36	00.60
55 à 59 —	12	8	20	00.33
60 à 64 —	12	8	20	00.33
65 à 69 —	3	2	5	00.08
70 à 74 —	»	»	»	»
75 à 79 —	2	»	2	00.03
Age non spécifié	46	31	77	01.30
Total en omettant les cas douteux.	3,001	2,987	5,988	99.88

Statistique de l'Hôpital Tenon

pendant l'année 1880.

Il y a eu 204 cas de fièvre typhoïde ainsi répartis :

De 15 à 25 ans. . . .	160 cas.
de 25 à 35	71
de 35 à 40	14
de 40 à 45	3
de 45 à 48	2
de 48 à 50	3
de 50 à 51	1
de 51 à 52	3
de 52 à 56	0
de 56 à 57. . . .	1
de 57 à 58	1
de 58 à 60	0
à 60 ans	2
Au-delà de 60 ans. . . .	0

Voici maintenant un tableau emprunté à M. le Professeur Brouardel (*Recueil* du Comité consultatif *D'Hygiène*, 1891) qui indique le nombre des décès par fièvre typhoïde à Paris de 1880 à 1889 avec répartition suivant les âges.

De 0 à 1 an, . . .	36
de 1 à 5. . . .	1041
de 5 à 10. . . .	1265
de 10 à 15. . . .	1386
de 15 à 20. . . .	2991

de 20 à 25. ans . . .	3896
de 25 à 30. . . .	2081
de 30 à 35. . . .	1197
de 35 à 40. . . .	771
de 40 à 45. . . .	457
de 45 à 50. . . .	380
au-dessus de 50. . .	535
Total	<u>16.036</u>

Une autre statistique intéressante est celle qui concerne les cas de mort par fièvre typhoïde à New-York suivant les âges et les sexes, pour une période 10 ans (1886 à 1896).

	Hommes	Femmes
	»	»
De 0 à 1 an. . . .	12	8
de 1 à 2. . . .	18	13
de 2 à 5. . . .	61	46
de 5 à 15. . . .	193	205
de 15 à 25. . . .	638	433
de 25 à 45. . . .	967	540
de 45 à 65. . . .	219	195
de 65 et au delà. .	57	39

Enfin, la statistique de l'hôpital du Perpétuel Secours, (Levallois) encore plus récente, est la suivante :

94 malades ont eu la fièvre typhoïde dans les années 1898, 1899, 1900. Ils se répartissent ainsi à partir de 40 ans.

De 40 à 45 ans. . . .	2 cas	} 44 ans 44 ans
De 50 à 60 ans. . . .	2 cas	
		} 55 ans 56 ans
De 60 à 65 ans. . . .	1 cas	

En résumé, ces diverses statistiques nous montrent que la fièvre typhoïde se voit à toutes les périodes de la vie, mais que la proportion pour cent chez les vieillards est loin d'être aussi élevée que dans l'adolescence où elle atteint son maximum, et qu'elle diminue à mesure que l'âge augmente pour être presque nulle à 90 ans et au-delà.

On a donné de ce fait plusieurs explications. M. Vallin fait remarquer que le nombre des vieillards est relativement faible dans la population ; que sur 100 vivants il n'y en a que 10 âgés de 50 à 60 ans, tandis qu'il y en a 17 ou 18 âgés de 15 à 25 ans ; il se demande en outre combien il reste d'hommes de 50 ans qui n'aient pas encore eu la fièvre typhoïde, ce qui revient à dire que la réceptivité moindre des vieillards, pour la fièvre typhoïde peut tenir à une atteinte antérieure de la maladie. Enfin MM. Brouardel et Thoinot sont portés à l'attribuer à l'état physiologique du vieillard, et Charcot à écrit à ce sujet : « La vieillesse semble créer des immunités pathologiques ; les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la phtisie sont peu communes à cet âge. Cependant il ne faut pas s'exagérer l'importance de ces immunités qui sont loin d'être absolues, ainsi que Bayer l'a démontré pour la fièvre typhoïde, Murchison pour le typhus et d'autres auteurs pour diverses maladies ».

CHAPITRE II

Symptomatologie.

Les premiers auteurs qui ont étudié la fièvre typhoïde n'ont pas consacré de chapitre spécial à son aspect clinique chez le vieillard; cela se comprend étant donné leurs idées sur la rareté de cette affection. Il faut arriver jusqu'aux traités spéciaux de Griesinger et de Murchison pour trouver une description, d'ailleurs assez courte, des caractères qu'affecte la maladie à un âge avancé. C'est l'étude de ces caractères que nous voulons faire ici, n'ayant nullement l'intention de retracer le tableau clinique de la fièvre typhoïde que nous observons communément, et qui se trouve si bien décrit dans les livres classiques.

D'après Griesinger, la fièvre est ordinairement peu violente et persiste longtemps; la température modérée affecte une marche régulière; le pouls dicrote est peu marqué, la roséole est aussi constante que dans un âge moins avancé; et malgré la bénignité apparente des symptômes, un épuisement considérable se produit. Cet état adynamique peut survenir dès les premiers jours de la maladie. Il est rare d'observer une céphalalgie intense ou un délire excessif. Le météorisme et la diarrhée sont

généralement peu accusés ; la rate n'augmente pas de volume ou se tuméfie légèrement. Les complications pulmonaires sont assez communes et consistent en une bronchite intense ou une pneumonie. La mort arrive le plus souvent à une période assez avancée de la maladie. Celle-ci a une marche ordinairement rapide et se termine fréquemment d'une façon brusque, par perforation. Dans les cas où l'issue est favorable, la convalescence est longue.

Murchison est plus bref. Il reconnaît à la fièvre typhoïde un début insidieux, une forme adynamique et une grande tendance à produire de la faiblesse et des tremblements. Les taches rosées, le délire aigu et la diarrhée seraient des symptômes peu fréquents. L'apyrexie se prolongerait habituellement, mais la température, même dans les cas mortels, se trouverait rarement aussi élevée que celle des personnes appartenant à l'adolescence ou à l'enfance ; bien plus, elle semblerait tomber souvent au-dessous de la normale. Dans les cas heureux enfin, la convalescence s'accompagnerait fréquemment de phénomènes de collapsus.

Selon M. Josias, le début est insidieux, les prodromes persistent longtemps et sont constitués par une courbature générale, une lassitude épuisante. La céphalalgie manque le plus souvent, et, lorsqu'elle existe, elle est très supportable. Les bourdonnements d'oreilles et les troubles de la vision ne paraissent pas exister dans la pluralité des cas.

La fièvre initiale n'atteint pas ce chiffre élevé de la

température qu'on observe si fréquemment au début de la fièvre typhoïde chez les adultes.

Du côté du tube digestif, les malades ne semblent pas offrir un ensemble de symptômes réguliers. La langue, saburrale en début, ne tarde pas à sécher et à se couvrir de fuliginosités; en même temps surviennent de l'inappétence, une soif vive, quelquefois des vomissements. L'abdomen souvent ballonné, rarement rétracté, reste fréquemment indemne de taches rosées lenticulaires : Ces taches, dit M. Josias, nous ont semblé manquer dans le plus grand nombre de nos observations, bien qu'elles se soient révélées avec une certaine abondance dans l'une d'elles, et qu'elles aient apparu tardivement dans une autre. Le phénomène du gargarillement dans la fosse iliaque, droite ou gauche, peut être absent. La diarrhée a existé, au contraire, d'une façon presque constante, mais avec une abondance négale.

L'examen des organes thoraciques est resté presque toujours négatif; et, à part une bronchite légère, nous n'avons jamais constaté de graves lésions pulmonaires. La rate, qu'il n'est pas facile de délimiter, n'augmente pas notablement de volume. Les urines contiennent de l'indican dans l'immense majorité des cas; mais, nous ne saurions nous arrêter sur ce signe, car il se rencontre dans un grand nombre de maladies, notamment dans les affections abdominales. Le pouls présente une lenteur qui contraste avec la rapidité et la force des pulsations chez les individus moins âgés, et atteints de la même maladie.

La température axillaire, prise matin et soir, nous a fourni des tracés qui nous autorisent à déclarer que le degré thermique reste peu élevé. En cela, nous sommes d'accord avec Griesinger et Murchison, mais nous ne pouvons baser notre opinion que sur des données relatives, puisque à l'état normal, la température axillaire est approximative et reste inférieure, dans des proportions manifestes, à la température rectale.

C'est incontestablement l'adynamie qui domine toute la symptomatologie de la maladie, depuis l'abattement, l'affaiblissement, l'épuisement du début jusqu'à l'amaigrissement et au véritable collapsus de la période ultime. Cette adynamie est persistante et ne se trouve pas en rapport avec l'état des organes vicéraux, mais avec le peu de résistance offerte par le terrain épuisé des vieillards. »

Tel est l'exposé clinique que l'on rencontre à peu de chose près dans les travaux ultérieurs, notamment dans la thèse de Michel (Montpellier, 1883) et dans les principaux traités et manuels de Médecine récents ; il se rapproche évidemment beaucoup de celui qui se dégage des observations que nous publions plus loin.

Nous retrouvons en effet dans toutes, après des prodromes durant en général plus d'une semaine, un début lent et insidieux marqué surtout par de la courbature. La température est peu élevée, même au début et ne dépasse qu'exceptionnellement 39°5. Pas ou peu d'hypertrophie de la rate, une éruption de taches rosées tardive, discrète ou absente, enfin une convalescence longue. Mais ce qui fait surtout de la fièvre typhoïde

des vieillards une forme spéciale, c'est l'adynamie, l'état de faiblesse et de prostration qui existe ordinairement dès les premiers jours de la maladie, et qui ne fait qu'augmenter jusqu'au collapsus de la période finale.

Ajoutons que les lésions trouvées à l'autopsie, ainsi qu'il résulte des observations qui vont suivre, ne diffèrent pas de celles qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde des autres âges.

OBSERVATION I (Inédite).

Mme R..., 61 ans.

En 1871, c'est-à-dire il y a 30 ans, cette malade a eu une fièvre typhoïde qui aurait duré deux mois.

Depuis quelques années elle a contracté des habitudes d'alcoolisme. En juillet et août 1901 elle a eu deux accès de diarrhée intense, calmée avec du sous-nitrate de bismuth, et depuis longtemps déjà son appétit est diminué ; elle a des pituites le matin. Léger tremblement des doigts.

Au commencement d'octobre 1901, elle eut une *sensation de faiblesse, de la courbature, de la céphalalgie légère*, de la diminution, de l'appétit et de la *diarrhée*. Ces symptômes furent légers et la malade n'abandonna pas son travail ; cependant *elle devint pâle, amaigrie, et de plus en plus faible*.

A partir du 7 octobre *les symptômes s'accrochèrent*. Perte complète d'appétit, dégoût pour la viande, nausées et vomissements chaque fois qu'elle prenait de la nourriture, même un œuf ou du lait. Langue blanche. *Diarrhée assez abondante. Céphalalgie*. Vertiges quand elle était debout. *Pouls rapide*.

Elle s'alite le 13 octobre.

A l'examen on constate que la malade est pâle et qu'elle porte beaucoup plus que son âge.

La peau est ridée, flasque, les cheveux tout blancs. Elle marche en vieillard.

Toujours de la faiblesse, des vertiges, une légère céphalalgie. Appareil digestif : Pas d'appétit. Dégoût pour la viande. Vomissements alimentaires plusieurs fois dans la journée. *Pas, d'épistaxis.*

Diarrhée intense, involontaire, liquide, jaune ocreux fétide.

La langue est blanche au centre avec un léger liseré rouge sur les bords et à la pointe.

Le ventre n'est pas ballonné, il est douloureux dans les deux fosses iliaques, surtout à droite, mais légèrement. *Pas de taches rosées.*

Temp. sous l'aisselle 37°7. Pouls rapide bien frappé, à 6.

Rate normale. Foie normal. Rien aux poumons. Rien au cœur.

Tranquille la nuit. Délire léger, même dans la journée. *Pas de stupeur.*

Urinées normales. Pas d'albumine.

Le diagnostic est hésitant. Régime lacté.

19 octobre. — Même état. Douleur plus accentuée dans la fosse iliaque droite. *Pas de taches rosées.*

20 octobre. — Entre à l'hôpital de Levallois. Mêmes symptômes. Régime lacté.

Dans les jours qui suivirent, la diarrhée et les vomissements cessèrent ; la malade se sentit mieux. La céphalalgie et l'insomnie disparurent.

L'appétit revint, la malade, vers le 25, demanda à manger. La langue est toujours blanche. La temp. est normale. Le ventre est souple. Pas de taches rosées. Rate 12 sur 15.

La malade est amaigrie. Régime lacté continué.

30 octobre. — La malade va bien. Langue toujours blanche. On recueille du sang pour faire le *séro-diagnostic*.

Séro-diagnostic. — L'épreuve faite d'après la méthode de Widal, c'est-à-dire une goutte de sérum pour dix gouttes de bouillon de culture de bacilles d'Eberth frais, donne, sous le microscope, une agglutination des microbes. L'agglutination n'existe plus à 1 pour 12, 1 pour 20. Elle est plus intense à 1 pour 7. Cette agglutination est-elle concluante? Pour M. Widal l'agglutination n'existe pas si la malade n'est pas convalescente de fièvre typhoïde ou si elle ne l'a pas eu auparavant ; il admet même que, dans certains cas, l'agglutination eut s'abaisser à 1 pour 5, 2 pour 5 sans enlever aucune valeur à la réaction.

La malade en question est donc ou convalescente d'une fièvre typhoïde récente, ou a eu anciennement une fièvre typhoïde.

Or cette fièvre typhoïde ancienne date de 30 ans, et il n'est pas cité de cas où l'agglutination persiste 30 ans après.

La maladie actuelle a donc été une récidive de fièvre typhoïde légère, chez une personne de 61 ans, à début insidieux avec faiblesse, céphalalgie légère, vomissements, vertiges, diarrhée ; pas d'épistaxis. Langue blanche, douleur dans la fosse iliaque. Pas de taches rosées, température peu élevée. Pas d'adynamie. Peu d'augmentation de la rate.

OBSERVATION II

Morris Manges (*in Medical Record*, New-York, 1898).

Georges W. K..., âgé de 70 ans, entre à l'hôpital le 22 septembre.
Sainton

tembre, se plaignant d'une *extrême faiblesse*. Il dit n'avoir pas toussé auparavant, ni avoir eu de troubles gastro-intestinaux. Température 97°,5 F. le matin, 97° F. le soir. Pouls 72, régulier, compressible. Langue chargée, blanche. Il y a de nombreuses hémorrhagies sous-cutanées au niveau des poignets et des jambes, et en avant du sternum. Rien d'anormal aux poumons, et au cœur, le second bruit aortique est cependant accentué.

Au niveau de l'abdomen, pas de douleur, rien d'anormal. La percussion du foie et de la rate en particulier ne donne rien de spécial. On fait le diagnostic d'albuminurie. On administre des stimulants et du fer.

Les 23, 24 et 25 septembre, il y a de la température, et on note 101° F. Mais de temps à autre, *la température retombe à la normale et même le matin, au-dessous de la normale. Pas de toux. Pas de diarrhée.*

Le 27. — La diarrhée apparaît. *Le malade est inconscient, émission involontaire des urines et des matières. Les ecchymoses se sont étendues. Il y a maintenant de la matité à la base du poumon gauche, souffle tubaire, expiration prolongée et quelques râles. On pensa alors à une pneumonie chez un individu débilité.*

Le 28. — La faiblesse est absolue.

Le 29. — Au matin, mort.

A l'autopsie, le diagnostic anatomique porté fut : Fièvre typhoïde, avec pneumonie récente du lobe inférieur gauche, rate légèrement augmentée, calculs biliaires.

Plaques de Peyer ulcérées. Rate molle. Cœur petit avec dépôts calcaires au niveau des valvules. Reins anémiés.

Du même auteur :

OBSERVATION III

Femme M. A. S..., âgé de 72 ans, admise à l'hôpital du Mont-Sinaï le 3 janvier. Elle tousse ordinairement. Huit semaines auparavant, elle a fait une visite dans une maison où existait un cas de fièvre typhoïde. *Depuis six semaines elle ne se sent pas bien*, elle a eu fréquemment des frissons. Depuis une semaine, elle a de violents maux de tête, de la fièvre, de l'anorexie, des vomissements, de la constipation, un peu de toux et de la dyspnée ; pas de symptômes urinaires ; elle se plaint, surtout d'une gêne abdominale, et d'une douleur à la déglutition.

A son entrée à l'hôpital, *elle est émaciée*, anémique, *affaiblie*. La langue est très chargée. *Aux poumons, en avant et à droite, matité avec râles crépitants et sous-crépitan*s, vibrations de la voix accrues. Mêmes signes en arrière et du même côté. Au cœur, battements faibles, mais rien d'anormal. A l'abdomen, légère douleur généralisée, quelques taches rosées. Rien au foie. La rate *paraît être augmentée de volume, mais n'est pas palpable*. Pouls, 100 ; température 103° F. Pendant la nuit 102°,6 F.

Le 5 janvier. — *Grande faiblesse*, pouls entre 84 et 96. Température comme la veille. On donne de la teinture de digitale.

Le 6 janvier. — Même état. Emission involontaire des matières. La toux continue, violent frisson dans la journée. Température 105° F.

Le 7 janvier. — *La température s'abaisse* progressivement jusqu'à 99° F. le soir. Respiration 24. Pouls 80.

Mêmes symptômes jusqu'au 11 janvier. Le 9 janvier on donne de la spartéine pour remplacer la digitale.

Le 11 janvier. — *Apathie et cyanose*. Température oscillant entre 100°,6 F. et 100°,8, respiration 24, pouls 90. Le soir, le pouls devient irrégulier et intermittent, 100 pulsations.

Le 12 janvier, l'état général s'aggrave, le pouls est très affaibli, irrégulier, *dicrote* et intermittent, 124 pulsations. La température est la même, respiration 30.

Le 13 janvier. — Pouls imperceptible, respiration très rapide. Température le matin 100°2 F. A midi, signes d'œdème pulmonaire. Mort à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie. — Au poumon droit, le lobe inférieur forme un bloc, *hépatisation rouge*. Le cœur est petit et atrophié, friable, la valvule mitrale est épaissie, athérome aortique. Les artères coronaires sont perméables.

La rate est légèrement augmentée de volume. — Des cultures faites avec des lambeaux révèlent la présence nette de bacilles typhiques.

Rien de particulier au foie, à l'estomac et au pancréas.

L'intestin présente des plaques de Peyer ulcérées.

Des cultures faites avec du sang de la veine cave inférieure ont montré également la présence de bacilles typhiques.

Du même auteur:

OBSERVATION IV

L'auteur signale deux autres cas ayant présenté l'aspect clinique de la pneumonie, comme le cas précédent, avec adynamie profonde. Le premier de ces cas concerne un homme de 73 ans, il s'est terminé par la mort; l'autopsie n'a pas été faite,

mais des cultures pures de bacilles typhiques ont été obtenues avec le sang. Il n'y avait *pas de signes abdominaux, pas de taches rosées, pas d'hypertrophie de la rate, la température est restée à peu près normale, le pouls oscillait autour de 80,* seule la respiration marquait 40. La mort fut subite. Le malade est resté 17 jours à l'hôpital.

Du même auteur :

OBSERVATION V

Le second cas concerne un homme de 65 ans, il s'est terminé par la guérison. *Pendant trois semaines environ, il a ressenti un malaise général, une grande difficulté de respirer, de la toux, de la céphalalgie.* Pas d'épistaxis. Il dit avoir eu, au début, de la fièvre et du frisson. L'état général n'est pas mauvais. *Signes de pneumonie.* Il y a un peu de tympanisme abdominal, mais *pas d'éruption.* La rate est augmentée de volume et palpable. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, on fait *le séro-diagnostic qui est positif.* Température légèrement élevée, constipation, guérison. Le malade est resté 18 jours à l'hôpital.

Enfin, le même auteur signale deux cas où l'aspect clinique a été typique et absolument le même que chez les adolescents, terminés par la guérison. Le premier concerne un homme de 65 ans, le second un homme de 62 ans.

M. Lautré (de Calmont) présente quelques observations recueillies en 1885-1886 et 1887 à Aigues (canton de Cintegabelle) pendant les épidémies qui ont frappé ce petit village. Voici ces observations, *in Rev. med. de Toulouse, 1888.*

OBSERVATION VI

La première observation concerne une femme de 43 ans que l'auteur voit pour la première fois le 7 décembre 1885.

Elle prétend que depuis une quinzaine de jours elle a éprouvé du malaise ; elle se sentait fatiguée au moindre effort, et tout en continuant à vaquer à ses occupations, elle avait souvent de la céphalée et de la dyspnée. Aujourd'hui, elle est assise sur son lit, elle accuse toujours de la céphalalgie et de la dyspnée, la langue est rouge sur les bords et à la pointe, peu humide, recouverte d'un enduit grisâtre à la base. Il y a de l'anorexie, pas de vomissements ; le ventre est météorisé, mais il n'existe ni gargouillement dans la fosse iliaque, ni diarrhée, ni taches rosées, ni engorgement de la rate, ni douleur du ventre à la pression. Il n'y a pas eu de frisson.

A l'examen de la poitrine, des *signes de congestion pulmonaire aux deux bases des poumons, de l'accélération des battements du cœur avec bruit de souffle sourd systolique à la pointe (1)*. Il y a de la prostration (Médication tonique et ventouses). Cet état dure cinq jours et l'auteur se demande

1. L'auteur insiste sur la complication cardiaque qui s'est révélée presque dès le début, avec pouls petit, fréquent, dépressible, bruit de souffle. Landouzy (*in Gaz. des Hôp.*, Par., 1886) a signalé, entre autres cas, celui d'un homme de 41 ans qui a présenté des symptômes cardiaques graves mais au cours et non au début de sa dothi-
némie.

s'il n'est pas en présence d'une endocardite infectieuse. On n'a pas pris la température.

Le 12 décembre. — Surviennent des épistaxis avec syncope, température 38°. La toux persiste ainsi que la céphalalgie.

Le 14 décembre. — Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite, et cependant il n'y a pas encore de diarrhée. Toujours dyspnée, adynamie et bruit de souffle.

Le 16 décembre. — Apparaît la diarrhée ainsi que quelques taches rosées à la partie supérieure de l'abdomen ; *l'adynamie a augmenté*. Le bruit de souffle persiste. 120 pulsations.

Le 19 décembre. — Tendance à la cyanose, léger délire, la congestion cérébrale a augmenté. Toniques et révulsifs.

Le 21 décembre. — La langue est sèche, les forces ont encore diminué, mais la dyspnée est moins intense, narines pulvérolentes, fuliginosités sur les dents, délire mélancolique, *demi-surdité*, bruits de souffle moins intense, mais battements du cœur obscurs. *Fièvre peu élevée*.

Le 24 décembre. — Légère hémorrhagie intestinale. *Pas de tuméfaction de la rate*. Torpeur.

Le 27 décembre. — *Adynamie profonde*.

Le 30 décembre. — Toujours léger délire, les bruits du cœur paraissent lointains avec léger souffle. Diarrhée

Le 3 janvier. — La langue est devenue humide, moins de torpeur, affaiblissement considérable.

Le 10 Janvier. — Légère amélioration, mais la dénutrition musculaire est très grande

Peu à peu les forces sont revenues, mais *la convalescence a été longue, traînante*.

Du même auteur :

OBSERVATION VII

M...., 57 ans, *garde le lit depuis huit jours* ; il a ressenti de la *lassitude*, de l'inappétence, et accuse de la rachialgie et de la photophobie. Il est dans le décubitus dorsal, ne se préoccupant pas de ce qui se passe autour de lui, répondant brusquement aux questions posées ; la langue est blanche avec bords rouges. Il n'y a pas eu de vomissements ; *le ventre est ballonné, mais il n'y a ni diarrhée ni taches rosées, ni douleur à la pression ; pas de tuméfaction de la rate. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite*, malgré l'absence de diarrhée.

Rien d'anormal du côté des poumons et du cœur.

Urines normales mais diminuées de quantité.

La température est peu élevée.

8 novembre. — Selles abondantes ocreuses à la suite de purgatifs salins. *Abattement profond*, pouls lent. Médication tonique.

10 novembre. — Insomnie depuis deux jours, *diminution des forces*, léger délire mélancolique alternant avec la torpeur ; toujours diarrhée, gargouillement très prononcé ; météorisme et sueurs.

12 novembre. — Epistaxis, langue sèche, *légère surdité* ; pouls peu fréquent, *pas de taches ni d'engorgement de la rate*.

14 novembre. — La diarrhée est fétide, le délire alterne toujours avec la stupeur, l'amaigrissement est très manifeste. *Surdité.*

16 novembre. — La diarrhée a diminué sous l'influence d'un traitement approprié, mais le délire a augmenté ; soubresauts des tendons.

19 novembre. — Le météorisme continue, *le volume de la rate reste normal*; les sueurs sont toujours abondantes; le malade absorbe de grandes quantités de bouillon, de lait, de vin, de quinquina, d'alcool. On le tonifie le plus possible. Plus de photophobie.

22 novembre. — *La température, qui n'a pu être prise que tous les deux ou trois jours, n'a jamais été élevée ; une seule fois on a trouvé 39°.* Le malade marmotte constamment des mots incohérents; pustules érythémateuses au siège ; murmure vésiculaire et sonorité diminués à la base des poumons ; bruits du cœur faibles et comme lointains.

Cet état dure quelques jours ; parfois il y a de légers accès de fièvre ; l'amaigrissement a beaucoup augmenté, la diarrhée fétide disparaît.

Vers le 10 janvier, à la fin de la cinquième semaine, il y a une amélioration notable : *la convalescence commence et dure quatre à cinq semaines.*

Le malade a beaucoup maigri, *la dureté de l'oute persiste longtemps, les facultés intellectuelles sont affaiblies. Pendant quatre ou cinq mois, le malade s'est plaint de vives douleurs dans les jambes.*

Du même auteur :

OBSERVATION VII

B..., âgé de 59 ans, est alité depuis six jours. On constate un léger délire alternant avec de la torpeur ; la langue est

sèche, rôtie, les narines pulvérulentes, la diarrhée est abondante, le météorisme énorme, *gargouillement dans la fosse iliaque, température peu élevée*. Il y a un peu de congestion pulmonaire, de l'accélération dans les battements du cœur, mais le pouls est petit.

Deux jours après, le météorisme ayant diminué, on cherche à se rendre compte de l'état des viscères abdominaux. Rien du côté du foie, *la rate n'est pas tuméfiée. Il n'y a pas de taches*, le délire est plus intense, *les forces ont beaucoup diminué*.

Le lendemain, il y a diminution dans l'intensité du délire ; c'est plutôt la torpeur qui domine, *l'ataxie cède devant l'adynamie*.

Deux jours après, le malade meurt dans le coma.

Nous faisons remarquer, à propos de ces cas, comme nous pourrions le faire à propos des autres cas relatés par le même auteur, qu'ils ont été observés en pleine épidémie de fièvre typhoïde et que ce fait de l'épidémie a constamment contribué à établir le diagnostic.

Du même auteur :

OBSERVATION IX

F. L..., âgé de quarante-six ans, nous fait appeler le 28 octobre 1886. Il nous dit que, dans une longue course en voiture découverte, après une longue marche à pied, il a été saisi par le froid, et, depuis, *il se trouve courbaturé* ; il a sué assez abondamment puis il s'est purgé. *Depuis huit jours, il est dans cet état*. Nous le trouvons avec de la fièvre, la figure congestionnée, *un peu de trémulence* ; la langue est blanchâtre, mais

rouge sur les bords, il y a du météorisme, pas de diarrhée. Insomnie. Rien dans les poumons ni au cœur. Puis tous les symptômes classiques ont fait apparition : épistaxis, hébétude, diarrhée fétide, taches rosées, tuméfaction de la rate, congestion du foie, broncho-pneumonie à droite, soubresaut des tendons, délire ; la forme ataxo-adynamique a évolué promptement, car le malade est mort le 16^e jour.

« Cette fièvre typhoïde, dit M. Lautré, a en tous points ressemblé à la fièvre typhoïde des adolescents. Nous ne la donnons que parce qu'elle a frappé une personne âgée de plus du quarante ans. L'entourage du malade nous a affirmé que F. L... avait eu la fièvre typhoïde à 15 ans ».

Nous ne pouvons cependant nous empêcher de mettre en relief le début insidieux, la faiblesse puis l'adynamie, enfin l'existence de la broncho-pneumonie et la gravité de ce cas.

Du même auteur :

OBSERVATION X

L... boulanger, âgé de 52 ans, nous fait appeler le 11 décembre 1886. Il est au lit depuis dix jours environ, il ne se plaint de rien, sauf d'une rachialgie intense qui l'empêche de se mouvoir ; il est sans appétit ; il se purge habituellement, et n'y a pas failli depuis qu'il est alité. La langue est rouge, un peu sèche, le ventre est rétracté, pas de tache, pas de gargouillement, pas de tuméfaction splénique. Léger bourdonnement d'oreilles. Température basse. Céphalalgie.

14 décembre. — Diarrhée sans odeur, jaunâtre, toujours rachialgie, un peu de congestion pulmonaire. *Légère épistaxis*. Température 38°,4, langue rouge sèche.

17 décembre. — Le malade, qui n'a voulu accepter d'autre médication que l'huile de ricin pour laquelle il a une prédilection marquée, nous dit qu'il a eu la veille au soir un accès de fièvre. Diarrhée fétide, *pas de taches*.

20 décembre. — Il n'y a plus eu d'accès de fièvre, mais les sueurs abondantes persistent et surtout les douleurs du rachis, provoquant une véritable tétanie des muscles de la partie postérieure du thorax.

23 décembre. — Insomnie, pouls petit, température toujours peu élevée, *quelques taches rosées sur le thorax*, langue toujours rouge et sèche, *céphalalgie*, la diarrhée a diminué, *adynamie*.

29 décembre. — Tous les symptômes se sont amendés peu à peu et puis ont disparu au bout de trois semaines, mais une faiblesse, en quelque sorte paralytique, des muscles du tronc a persisté et, parfois, il y a de la douleur dans les lombes.

Pointes de feu le long de la colonne vertébrale. La malade récupère la santé.

Du même auteur :

OBSERVATION XI

La femme du malade précédent, âgée de 49 ans, est demeurée pendant 40 jours au lit avec une *fièvre très modérée, de l'adynamie*, la langue sèche et rouge, *sans aucun accident du côté des poumons ni au cœur*, avec de la diarrhée alternant avec de la

constipation, des douleurs vagues dans les membres, *de la céphalalgie, sans éruption de taches rosées, ni engorgement de la rate*, une insomnie constante. Elle avait bien l'*habitus typhique*, il y a eu un *notable amaigrissement* ; la torpeur a longtemps persisté :

Du même auteur :

OBSERVATION · XII

Femme R..., âgée de 47 ans, s'est beaucoup fatiguée l'an passé en soignant ses deux fils qui ont été atteints l'un après l'autre de la fièvre typhoïde ; le second de ses fils est mort après une rechute, et au bout de trois mois de maladie. Les fatigues corporelles, l'émotion morale, semblent avoir brisé l'organisme de cette femme qui, depuis six mois, n'est plus aussi vigoureuse. *Quand nous la voyons, elle est depuis trois semaines incapable de tout travail*, allant de son lit au coin du feu. C'est du typhus ambulatorius, la bouche est pâteuse, noirâtre, la constipation opiniâtre, l'appétit nul, la *température peu élevée*, la peau sèche. Il y a de l'insomnie, un sentiment de lassitude profonde, le regard est hébété ; il y a de la céphalalgie.

La constipation persiste, cependant il y a du gargouillement, mais pas de douleur abdominale à la pression *pas de taches ni de tuméfaction splénique*, le ventre est rétracté.

Au bout de quelques jours apparaissent quelques taches rosées sur le thorax, l'insomnie persiste. Rien au poumon ni au cœur.

Cet état a duré un mois, l'amaigrissement a été considérable, *la convalescence longue et trainante*.

Du même auteur :

OBSERVATION. XIII

R...., mari de la précédente, âgé de 58 ans, est atteint à son tour pendant la convalescence de sa femme. Il dit qu'il a pris froid, il est sans appétit, sans entrain, il passe huit jours au coin du feu, se plaignant toujours d'avoir froid. Il est obsédé par un *bourdonnement d'oreilles* fort désagréable.

Au bout de dix jours, il se décide à garder le lit. Il présente de la torpeur. La langue est sèche, rouge sur les bords et à la pointe, mais présente au milieu et à la base un enduit muqueux gris ; l'appétit est nul. Pendant une semaine, le malade ne veut pas accepter du lait, ni bouillon, ni vin, il ne boit que du café et de l'eau. Pas de vomissements, ni de diarrhée, le ventre est rétracté. *Absence de taches et de gargouillements, pas de douleur à la pression, ni d'engorgement de la rate.*

Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Le poulx est fort, mais peu fréquent. Sueurs abondantes.

Trois jours après, nous constatons les *progrès de l'adynamie*, *température peu élevée, il y a eu deux épistaxis*, le malade a toujours des bourdonnements d'oreille. Lait, bouillon, vin à la coca et au quinquina.

Au cinquième jour, langue sèche, rôtie, gencives couvertes de foliginosités ; *fièvre cependant peu élevée, quoique le poulx soit plus fréquent*, il y a léger délire mélancolique, l'amaigrissement commence, *les forces ont bien diminué. Diarrhée légère, gargouillement manifeste.*

Au septième jour, la diarrhée a augmenté et est de mauvaise

odeur, les selles sont ocreuses, le délire toujours tranquille, mais presque continu.

Au neuvième jour, stupeur plus prononcée, *pas de taches ni de tuméfaction splénique*, diarrhée fétide.

Au treizième jour, *amaigrissement plus accentué, surdité*, sueurs toujours très abondantes. Cet état dure pendant une quinzaine de jours, puis les sueurs disparaissent. Amaigrissement considérable, l'intelligence demeure paresseuse, l'appétit renaît, la langue est bonne, le malade mange gloutonnement sur son lit avec un facies plutôt bestial qu'humain.

Les accidents se sont dissipés lentement.

OBSERVATION XIV (M. F. L. Michel).

In Thèse de Montpellier, 1884.

Observation de fièvre typhoïde à forme adynamique. Guérison.

R... Jean, âgé de 57 ans, terrassier, entre le 5 novembre 1883 à l'hôpital. C'est un homme maigre, de taille moyenne, ayant joui d'une bonne santé habituelle.

Il ne peut fixer le début exact de sa maladie actuelle, mais il raconte que *depuis une quinzaine de jours, il se trouvait fatigué, qu'il avait perdu l'appétit*, et que, dans les derniers jours, il a été obligé de rester couché. Un médecin appelé lui prescrit un purgatif. Son état empirant, on le porte à l'hôpital.

Le malade est affaibli, il a le facies d'un typhique. Il se plaint de *céphalalgie*, de brisement des membres, de *diarrhée* ; la gorge lui fait mal. Il existe, en effet, de la rougeur sur les piliers du voile du palais, ainsi que sur la paroi postérieure du pharynx. Langue rouge, sèche et fuligineuse dans sa partie médiane.

Ventre légèrement météorisé ; il existe du gargouillement

dans la fosse iliaque droite. Fièvre modérée 38°,7 ; pouls fréquent. Il n'y a pas eu d'épistaxis ; le malade ne tousse pas.

Bouillon et vin, tisane vineuse.

6. — Même état. Aucune trace de congestion pulmonaire.

7. — La marche ascensionnelle de la température, jointe à la persistance de la diarrhée et des symptômes adynamiques fait penser à la fièvre typhoïde. Temp. : matin 39°,4, soir 39°,8.

8. — Même état. On aperçoit pour la première fois *quelques taches rosées* sur la base du thorax. Potion au quinquina et cachou.

9. — Apparition de *nouvelles taches sur l'abdomen*. Augmentation du volume du foie et de la rate. Temp. m. 40° ; s. 40°,1.

Prostration marquée. On remplace la potion de la veille par une potion au quinquina, sulfate de quinine.

11. — Même état. Un peu de congestion hypostatique à la base des deux poumons.

14. — Même état. La diarrhée commence à diminuer.

17. — Le ventre est plus souple. La température du matin s'abaisse à 36°,9. Malgré cet abaissement de la température, l'adynamie persiste. Temp. soir 40°,4.

20. — La langue commence à devenir plus humide sur les bords. La fièvre a disparu, cependant le malade est toujours abattu. Temp. 37°,1 ; s. 36°,8.

23. — On a cessé le sulfate de quinine, on donne du rhum et 4 gouttes de teinture de Baumé. Râles sous-crépitaunts à la base du poumon. Temp. m. 36°,1 ; s. 39°,4.

On donne de nouveau de la quinine. Vésicatoire à la base gauche du thorax. Bouillon, vin, jus de viande.

27. — Le malade va bien ; tout symptôme adynamique a disparu, mais *il reste encore une grande faiblesse*. On supprime

la quinine et le rhum. Alimentation réparatrice. Le malade entre en convalescence.

Le malade quitte l'hôpital le 9 décembre, guéri, mais encore bien affaibli.

OBSERVATION XV (M. F. L. Michel)

(Thèse de Montpellier 1834)

Fièvre typhoïde à la forme adynamique. Rechute. Guérison.

M. Michel signale un second cas chez un homme de 45 ans.

La diagnostic a été obscur au début ; en effet le malade se présentait avec les symptômes d'un embarras gastrique. Mais la persistance de la fièvre, l'apparition d'une diarrhée abondante et surtout *l'existence d'un état adynamique* ont fait penser, malgré *l'absence de taches rosées*, à l'existence d'une fièvre typhoïde qu'a confirmée, d'ailleurs, la marche ultérieure de la maladie. Le quinzième jour la fièvre était retombée à la normale, et tout faisait considérer le malade comme franchement entré en convalescence, lorsque, trois jours après, sans cause particulière, la température a pris de nouveau une marche ascendante ; une nouvelle fièvre s'est produite, mais moins accentuée que la première, et, après quatorze jours de durée, elle a fait place à l'état normal, cette fois définitif ; et, pendant cette rechute, *malgré le peu d'élévation atteint par la température, le phénomène caractéristique de la fièvre typhoïde s'est reproduit* comme dans la première attaque, c'est-à-dire l'abattement, la prostration.

OBSERVATION XVI

Daureillan. (Thèse de Bordeaux 1894-1895).

Le Docteur Laffargue de la Tresne (Gironde) fut appelé à donner ses soins à un malade de 64 ans, tonnelier, qui fut atteint le 15 Mars 1886 d'une fièvre typhoïde à forme abdominale : diarrhée abondante et particulièrement fétide ; 10 à 12 selles par 24 heures. Au 30^e jour de la maladie, *hémorrhagies intestinales très abondantes* qui se prolongent pendant 7 jours, amenant un abaissement considérable de la température qui, jusque-là, avait oscillé entre 39° le matin et 40° le soir.

En même temps que se produisent les hémorrhagies intestinales, se montre un hoquet convulsif, incessant, se produisant 30 fois par minute, persistant pendant le sommeil. Ce hoquet dure pendant 10 jours et 10 nuits consécutifs sans interruption.

Guérison complète le 45^e jour.

Le malade a eu une *convalescence assez longue*, mais il a parfaitement guéri et jouit depuis 29 ans d'une excellente santé.

L'examen de l'urine n'a pas été fait pendant toute la durée de la maladie.

La cas a été particulièrement grave.

En résumé : fièvre typhoïde à température élevée au début, avec diarrhée, hémorrhagies et hoquet persistant. Guérison.

OBSERVATION XVII

Arustamow. *Centralblatt f. Bacter. und Paras.* Bd. VI. 1889, p. 95 et 105, Bd VII, 1890.

D. W..., 76 ans. Le 23 avril, date à laquelle la température

fut prise pour la première fois, le thermomètre marquait 39°,8. Jusqu'au 27, la température resta la même ; puis elle commença à descendre. Le malade fut admis le 30 avril dans la section thérapeutique de l'Institut clinique. T. 39°. Pouls plein. Artério-sclérose. Poumons sains. Bruits du cœur sourds. Ventre tendu, douloureux, selles peu épaisses, liquides. *Rate hypertrophiée. Météorisme.*

Le 2 mai. — Selles liquides, douleurs lombaires violentes. Urine rouge foncé contenant de l'albumine.

Le 3 mai. — Les douleurs diminuent, l'urine reste la même. T. 37°,2 38°,2. Amélioration dans l'état du malade. La température du soir dépassait un peu 38. Cet état continue jusqu'au 9 mai ; la nuit délire, pouls faible ; langue sèche. T. le soir 38°,6.

10 mai. — Au matin, frisson sans cause appréciable. T. 38°, le soir 39°,3. Pouls à 112 mou, irrégulier, Langue sèche.

11 mai. — T. matin 39°,5, le soir 39°. *A la base du poumon droit, sonorité à la percussion diminuée, râles crépitants*, peu abondants. Accroissement du murmure vésiculaire. Crachats visqueux. L'hépatisation s'étend. Pouls à 106 irrégulier. Respiration à 32. Langue sèche. La nuit, le malade eut un sommeil agité, délira et cria.

12 mai. — T. 38°. Respiration moins fréquente, langue humide ; râles bronchiques à la base du poumon droit.

13 mai. — T. 38°. Pouls mou à 110. Respiration 28. La matité augmente d'étendue.

14 mai. — T. 39°,1 et 39°. On doit sonder le malade pour évacuer l'urine. Frisson.

15 mai. — T. 37° et 38°,2. Pouls 108. Respiration 32. Langue sèche. Dans la région hépatisée, râles crépitants bien percepti-

bles. Dans les parties supérieures du poumon gauche respiration affaiblie.

16 mai. — T. 38°,2 et 38°,3. Pouls à 120, mou très irrégulier, langue sèche. Le malade ne reconnaît personne.

Les râles crépitants dans le poumon droit ont disparu.

Le souffle bronchique est par contre beaucoup plus intense qu'auparavant. A gauche, murmure vésiculaire normal.

17 mai. — T. 38°,6 et 38°. Pouls mou irrégulier ; respiration irrégulière, cessant parfois complètement. Langue sèche.

Les signes pulmonaires sont les mêmes : Crachats rouillés. Bruits du cœur clairs.

18 mai. — T. 38° et 38°,5. Pouls faible irrégulier ; respiration de Cheyne-Stokes. Le malade pousse de temps en temps des cris, fait des mouvements incohérents avec les mains. Souffle bronchique et râles crépitants fins dans les lobes inférieur et supérieur du poumon droit.

Dans le poumon gauche, pas de râles crépitants, seulement un faible souffle à la base.

19 mai. — Vers 7 heures du soir mort.

Autopsie. — 30 heures après la mort. Le lobe supérieur du poumon droit est presque en entier hépatisé à la période de régression. Le bord du lobe supérieur et du lobe moyen sont emphysémateux, l'inférieur est œdémateux. A la surface du poumon droit, dans la cavité pleurale, fausses membranes peu résistantes et petite quantité d'un liquide séreux renfermant du sang.

Rate peu augmentée de volume ; pleine de sang, pas très molle.

Foie de grosseur moyenne avec un peu de dégénérescence graisseuse.

Reins hyperhémisés à surface inégale ; sur l'un d'eux, un petit kyste hydatique.

Dans l'iléon et le cœcum sur une grande étendue sont des ulcérations, non encore cicatrisées, qui correspondent aux plaques de Peyer et aux follicules.

Examen bactériologique. — On ne rencontrait comme unique microorganisme dans la rate, le foie et les reins que le bacille typhique aussi bien au microscope que par le procédé des cultures. Dans le poumon hépatisé, au contraire, on rencontrait au microscope à côté des bacilles typhiques, un nombre beaucoup plus grand de diplocoques encapsulés du genre des pneumocoques de Fraenkel Weichselbaum. Les cultures montrèrent aussi ces deux genres de micro-organismes. Mais les pneumocoques étaient en petit nombre et peu développés. Ils ne donnèrent même pas une deuxième généralisation.

En résumé, malade de 76 ans, fièvre typhoïde à température peu élevée au début, mais ayant atteint 39°,5 par suite de l'apparition d'une pneumonie qui détermine la mort. Diarrhée, albuminurie, pouls irrégulier, délire, respiration de Cheyne-Stokes.

A l'autopsie, hépatisation du lobe supérieur droit, rate peu grosse, ulcérations des plaques de Peyer.

OBSERVATION XVIII (résumée).

In thèse de Josias. Paris 1881.

Femme de 50 ans, ménagère entrée le 9 mars 1880, à l'hôpital Tenon, s'est beaucoup fatiguée en soignant ses trois filles atteintes de fièvre typhoïde. Début par céphalalgie vive, courbature et diarrhée. Epistaxis abondantes il y a quinze jours.

Etat actuel. — Stupeur. *Affaiblissement général*, amaigrissement, insomnie, langue sèche, abdomen ballonné, pas de gar-

gonillement de la fosse iliaque droite : *taches rosées lenticulaires multiples*. *Constipation depuis trois jours*. Toux, râles sibilants et sous-crépitaux à la base du poumon droit. Température, 38°7.

13 mars. — T. 37°2. Soir 38°3. Resp. 38. Abdomen souple. Taches rosées, diarrhée légère. Râles sibilants et sous-crépitaux puis disséminés.

15 mars. — Moins d'insomnie, pas de céphalalgie.

16 mars. — Disparition des taches rosées, cessation de la diarrhée.

19 mars. — Température normale.

2 avril. — Epistaxis, céphalalgie. *Rechute*. T. 39°2.

Diarrhée gargouillement dans la fosse iliaque.

5 avril. — Nouvelles taches rosées lenticulaires.

6 avril. — Pas de délire, céphalalgie, légère douleur abdominale. Râles sous-crépitaux à la base du poumon droit. T. 38°6, soir 39°5.

11 avril. — Facies fatigué, épistaxis légère, diarrhée.

17 avril. — Disparition complète de la fièvre.

19 avril. — Disparition presque complète des taches.

24 mai. — La malade sort guérie de l'hôpital.

En somme fièvre typhoïde bénigne chez femme de 50 ans, avec rechute. Température moyenne dans les deux tracés, 39°2 et 39°7 le soir. Céphalalgie, épistaxis, diarrhée, taches rosées lenticulaires, bronchite dans les deux poussées.

OBSERVATION XIX (Résumée).

(In Thèse de Josias, Paris 1881).

La nommée Audinat Marie âgée de 56 ans est entrée à l'hôpital Tenon le 10 août 1880.

Alitée depuis 8 jours, elle avait de la fièvre, une céphalalgie légère, des vomissements alimentaires, de la diarrhée Pas d'épistaxis.

Etat actuel. Prostration. Pas de céphalalgie, *pas de surdité.* Langue sèche fuligineuse. Andescie. Pas de vomissements, *pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées lenticulaires.*

Rate volumineuse. Râles sous-crépitaux, fins disséminés, T. 38°9.

11 août. — Diarrhée intense.

12 août. — *Taches rosées.* Congestion pulmonaire persistante. Affaissement, sueurs profuses ; cris plaintifs. Abdomen ballonné, une selle diarrhéique. P. 124. T. 38°7. Collapsus. Décédée à 9 heures sans agonie.

Autopsie le 15 août. Plaques de Peyer tuméfiées non ulcérées, muqueuse congestionnée.

Rate énorme congestionnée. P. 380 grammes. Poumons congestionnés.

Cœur. Muscle décoloré, très friable, se laissant facilement déchirer. Pas de lésions d'orifice.

En somme. Fièvre typhoïde à forme adynamique chez une femme de 56 ans. *Température moyennement élevée.* Céphalalgie, vomissements, diarrhée par taches rosées. Congestion pulmonaire, mort dans le collapsus. Autopsie. Plaques de Peyer non ulcérées.

OBSERVATION XX, résumée.

(In Josias. Thèse de Paris 1881).

Le nommé Marcilly Constant âgé de 60 ans. Garçon marchand de vins est entré le 19 février 1880 à l'hôpital Tenon.

Depuis 15 jours à trois semaines, douleurs abdominales très vives avec diarrhée, lassitude générale.

Etat actuel. Facies souffrant, pas de stupeur, ni bourdonnement d'oreilles, ni troubles de la vue, ni épistaxis ; *fièvre modérée.* Langue saburrale, haleine fétide, soif intense, pas de vomissements.

Abdomen ballonné, *douleur de la fosse iliaque droite, diarrhée. Pas de taches rosées.*

Oppression intense, mais *rien aux poumons.* Pas de dysurie, pas d'albumine dans les urines.

18 février. — Douleur diffuse dans l'abdomen.

19 février. — Langue sèche, diarrhée très fétide, sanguinolente. *T. 37°4 le matin. 39°2 le soir.*

20 février. — Douleurs abdominales moins vives. Matité peu étendue à la partie inférieure de l'abdomen. *Ascite. T. 37°2. Le soir, 37°6.*

21 février. — Matité dans la fosse iliaque droite. Diarrhée moins fréquente. Vomissements verdâtres, bilieux, porracés. *Péritonite. T. 37°5. Soir 37°6.*

22 février. — Vomissements. Hoquet. Diarrhée plus intense.

23 février. — Facies hippocratique. Hoquet. Douleur extrêmement vive. Diarrhée diminuée. Pouls petit, fréquent. *T. 37°6.*

Le soir, refroidissement des extrémités, vomissements, pouls filiforme. *T. 37°6.*

24 février. — Mort à 9 h. du matin.

Autopsie. — Ulcérations de l'estomac, du duodénum et de l'intestin grêle. Au niveau de la valvule iléo-calcale, péritoine tapissé de fausses membranes épaisses. Péritonite par propagation.

Rate petite, molle. Poumons congestionnés.

En somme. Malade de 60 ans. Fièvre typhoïde à température peu élevée ayant débuté par des douleurs abdominales, pas d'épistaxis, pas de taches rosées, douleur de la fosse iliaque droite, diarrhée très fétide sanguinolente, hoquet, vomissements, péritonite par propagation. Mort.

Autopsie. Ulcérations ; pas de perforations, rate petite.

OBSERVATION XXI

(Duguet, thèse de Ganôy, 1880).

P..., 53 ans, paveur, entre le 7 février 1880 à l'hôpital Saint-Antoine.

Le 8 février. — Malade depuis 10 jours, céphalalgie, *courbature*, coliques, diarrhée, abattement, langue sèche. T. m. 39°, 8. *Quelques taches rosées sur le dos.*

Le 9 février. — Abdomen ballonné, non douloureux ; *garouillement dans la fosse iliaque droite, diarrhée, taches rosées sur l'abdomen.* T. 40.

10 février. — Insomnie. Agitation, mutisme. Pouls large, dicrote. T. entre 39 et 40.

11 février. — Agitation langue, sèche, fendillée, diarrhée. T. 40.

12 février. — Pouls dicrote. Selles involontaires.

14 février. — Langue sèche.

15 février. — Insomnie. Agitation la nuit. Ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Selles involontaires. La malade avale tout ce qu'elle trouve sous sa main. La température qui était depuis quatre jours entre 39 et 40° descend aujourd'hui au dessous de 39.

18 février. — Mort.

Autopsie. — Dans la plèvre droite, quelques cuillerées de

liquide purulent, avec quelques adhérences à la base du poumon.

Poumon droit : fausses membranes sur le lobe inférieur. Un peu d'hypostase et *d'hépatisation dans ce même lobe*. Ce lobe est parsemé de plusieurs abcès métastatiques. Reins graisseux. *Rate normale.*

Intestin grêle : Plaques de Peyer en voie de réparation.

En résumé : Malade de 53 ans. Début par *courbature*. A la période d'état fièvre assez élevée. Langue sèche, diarrhée, abdomen ballonné, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Mort 20 jours après le début. Pleurésie purulente droite. Ulcérations typhiques.

OBSERVATION XXII, résumée.

Peltier, interne des hôpitaux (*In Mouvement médical* 1858).

La nommée Wal..., femme Did..., 61 ans entre le 25 septembre 1868 dans le service de Trélat père, à la Salpêtrière.

Affaiblissement de l'intelligence et de la motilité. Confusion dans les idées. Perte de la mémoire. En un mot démence, tel est le diagnostic porté. Au moment de son entrée, la malade se plaignait de douleurs vagues, de céphalalgie, de vertiges, que, faute de renseignements, on fut porté à rattacher à son état mental. *Au bout de 4 jours, elle devint très faible. Légère diarrhée, soif vive.* Entrée à l'infirmerie.

27 sept. — Pouls : 104. Facies profondément déprimé, pommettes rouges ; bouche pâteuse, langue fendillée rouge sur les bords. Ventre ballonné, douloureux.

1^{er} Octobre. — Les symptômes s'aggravent. Pouls : 112, soif très

vive. Ventre tendu, ballonné. *Gargouillement dans la fosse iliaque droite.* La malade tousse et présente les symptômes d'une bronchite aiguë.

4 Octobre. — La diarrhée diminue, cesse complètement. La maladie cependant continue à s'aggraver ; *les symptômes typhoïdes persistent plus apparents qu'auparavant.*

8 Octobre. — Pouls : 111. Ventre ballonné; gargouillement, *taches rosées sur l'abdomen*, quelques râles crépitants gros à la base du poumon droit.

Les symptômes persistent, s'aggravent, il survient un peu de délire et le 13 la malade meurt.

Autopsie. — Encéphale, rien. Poumon droit congestionné dans tout le lobe inférieur. Poumon gauche rien. Cœur normal. Point d'altérations valvulaires. Foie ramolli. Rate de volume à peu près normal, mais ramollie. Reins hyperhémisés d'une manière assez notable. Intestins météorisés ; au voisinage de la valvule iléo-cœcale, les plaques de Peyer sont ulcérées ; la tunique muqueuse et même la tunique musculaire sont détruites.

Un jet d'eau assez rapide lancé dans l'intestin détermine la perforation en plusieurs endroits, au niveau des plaques ulcérées. En outre, les follicules isolés de l'intestin sont boursoufflés au niveau du cœcum.

En résumé, malade de 61 ans. Début insidieux par troubles de l'intelligence, confusion des idées, vertiges, céphalalgie, faiblesse.

A la période d'état diarrhée ; ventre ballonné, douloureux, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Taches rosées. Bronchite. Aspect typhique. Pouls rapide. Mort 18 jours après le début. Ulcérations typhiques et perforations.

OBSERVATION XXIII

(Cliniques de Trousseau, 1877).

Une femme âgée de 64 ans entre le 7 mars 1859 à l'Hôtel-Dieu au 31 Salle St-Bernard. Elle succomba le 7^e jour de son arrivée emportée par une *complication intestinale*.

A son entrée, prostration et délire. Ventre paraissant indolent ; on ne provoquait pas le gargouillement par pression dans la fosse iliaque. Pas de diarrhée. Pouls : 108. Un peu de dyspnée avec quelques râles sous-crépitaunts à la base droite du thorax. Rate non augmentée de volume. La maladie a commencée par du mal de tête et des frissons.

Le lendemain, *sur le ventre, quelques taches apparaissent*, ayant certains caractère de taches typhoïdes. Trois jours plus tard leur nature n'était plus douteuse.

Le soir la malade mangeait avec appétit un potage qu'elle trouvait insuffisant, lorsque trois heures après survient une *hémorrhagie intestinale* si abondante que le lit est inondé et que le sang se répand sur le plancher de la salle. La malade succombe en moins d'une heure après le début de cet accident.

A l'autopsie on trouve les parties supérieures de l'intestin grêle saines ; mais les parties inférieures offrent les lésions suivantes : Les plaques de Peyer sont profondément atteintes. A environ 6 à 8 cm. de la valvule iléo-cœcale, il en existe une qui est ulcérée de telle façon que la membrane séreuse est presque mise à nu. Les bords sont boursoufflés et sa surface est recouverte de détritns exhalant une odeur fétide. Un peu plus haut, d'autres plaques larges environ de 1 à 2 cm. laissent voir la tunique musculuse de l'intestin à nu. Ces plaques sont hyper-

trophées; ramollies. Les follicules isolés présentent aussi des altérations profondes. L'intestin est rempli d'une quantité de sang qui a coloré la membrane muqueuse en rouge-noir.

Du côté du cœcum, on retrouve des follicules isolés, profondément ulcérés, et une grande quantité de sang accumulé.

Le tube digestif ne contient pas de matières fécales. Les ganglions mésentériques sont confondus dans une masse énorme de graisse.

D'après l'examen de ces lésions, il est évident pour nous que la maladie était arrivée au-delà du 14 au 15^e jour de son début.

La rate a son volume normal ; mais elle est très ramollie. Le foie hypertrophié a perdu sa consistance naturelle. Les deux poumons sont congestionnés. Le cœur dilaté est rempli de caillots noirâtres.

Le cerveau n'offre aucune lésion.

En résumé. Malade de 64 ans.

Début par mal de tête et frissons. Pouls 108.

Pas de diarrhée, pas de douleur ni de gargouillement dans les fosses iliaques. Congestion pulmonaire.

• Pas d'augmentation de la rate. Taches rosées.

Prostration et délire. Hémorrhagie intestinale.

Mort au 14^e jour de la maladie. Ulcérations et perforation intestinale typhoïdiques.

OBSE R ATION XXIV (résumée).

Leudet. (*Archives générales de médecine*, 1858, vol. II).

H... E., âgé de 59 ans, entre le 23 août 1857 à l'Hôtel-Dieu de Rouen. *Le début de la maladie remonterait à une huitaine*

de jours et aurait été signalé par des vomissements, de la diarrhée, une épistaxis et du délire dans les derniers jours.

Au moment de l'admission à l'Hôtel-Dieu nous constatâmes de la céphalalgie, de la *prostration*, de la fièvre, du météorisme abdominal, *sans taches rosées lenticulaires*, de la *toux*, et des râles sifflants et sonores nombreux dans le thorax. Trois jours après l'admission du malade, survint une *hémorrhagie intestinale* médiocrement abondante, qui céda rapidement au perchlorure de fer ; *pendant une semaine, adynamie* avec diarrhée modérée. On vit alors se manifester une *anasarque généralisée*, surtout prononcée à la jambe et au bras du côté où le malade s'inclinait de préférence ; absence d'épanchement intra-péritonéal. L'urine n'a jamais présenté d'albumine.

Quinze jours après la première hémorrhagie, *nouvelles selles sanguinolentes* avec augmentation de l'œdème sous-cutané. 2 mois après le début de la maladie, surviennent du météorisme, des douleurs abdominales, vomissements, adynamie, persistance de l'anasarque. Mort.

Autopsie. — Ulcérations des plaques de Peyer dont plusieurs sont partiellement cicatrisées. Péritoine contenant une grande quantité de liquide louche mêlé de pseudo-membranes avec injection des 2 feuillets de la séreuse. Pas de perforation.

En somme, fièvre typhoïde à forme adynamique chez un homme de 59 ans. Céphalalgie, épistaxis, diarrhée, délire, *frostration*, bronchite, pas de taches rosées. Hémorrhagie intestinale répétée. Anasarque, vomissements, adynamie. Mort.

Autopsie. — Péritonite purulente par propagation.

CHAPITRE III

Diagnostic.

L'étude de la symptomatologie nous a montré sur quels signes principaux peut être basé le diagnostic, et certains sont des signes négatifs, comme l'absence d'hypertrophie de la rate, de fièvre élevée, de tache rosées, d'épistaxis, etc. Quant aux autres signes ils, sont ou peu accusés ou inconstants, sauf l'adynamie qui existe toujours ; on conçoit que, dans ces conditions, le diagnostic soit souvent difficile.

On se basera surtout sur l'adynamie, sur la longueur des prodromes, sur la prolongation de l'état fébrile ; il faudra tenir compte de l'existence d'une épidémie, mais les cas de récurrence de la fièvre typhoïde chez les vieillards qu'on peut observer montre qu'il faudra, en temps d'épidémie, penser à cette affection, même lorsque le malade âgé aura déjà subi une première atteinte.

Avec quelles affections peut-on chez le vieillard, confondre la fièvre typhoïde ? *Le typhus* atteint souvent les individus âgés. Mais c'est une maladie si exceptionnelle dans notre pays que nous ne croyons pas devoir insister sur son diagnostic différentiel.

La pneumonie se présente chez le vieillard, souvent

avec des symptômes incomplets. Il peut ne pas y avoir d'expectoration, les râles crépitants peuvent faire défaut, on n'entend que des râles sous-crépitaux, et un peu plus tard du souffle, celui-ci pouvant manquer, si le foyer pneumonique est central. Le diagnostic est d'autant plus embarrassant qu'avec la pneumonie peut coïncider un état typhoïde des plus accusés, avec diarrhée, météorisme abdominal, etc. On tiendra compte de l'existence de prodromes, la pneumonie débutant généralement brusquement, de la marche de la température, de l'état du pouls plus fréquent dans la pneumonie, enfin de l'existence d'une épidémie ou d'un fait de contagion.

Les maladies des voies urinaires ne sont pas rares chez les gens âgés, notamment les cystites d'origine calculeuse ou prostatique. Enfin des lésions rénales primitives ou secondaires peuvent s'accompagner aussi d'urémie à forme typhoïde ; on pensera à ces cas et on analysera les urines. Il ne faut pas oublier qu'il existe une albuminurie liée à la fièvre typhoïde, mais elle est très peu abondante.

Enfin le *paludisme* est fréquent dans nos pays. L'absence de taches rosées, de diarrhée, d'adynamie très marquée, permettra le plus souvent de le reconnaître. Cependant, le diagnostic peut rester obscur au début ; le traitement spécifique permettra alors de trancher la question de nature.

On trouve dans la thèse de M. Michel, que nous avons citée, l'observation d'un homme qui avait eu autrefois les fièvres intermittentes, et venait d'une localité située

au voisinage des marais ; en outre, il n'avait pas de taches rosées. L'administration du sulfate de quinine, tout en modérant la fièvre, fut impuissante à la supprimer, et, bien que continuée au moment de l'entrée en convalescence, elle ne put empêcher la production d'une rechute. Ainsi la marche de la maladie, le défaut d'action de la quinine, montrèrent qu'on avait affaire à une dothiéntérie et non à une fièvre rémittente palustre.

Quant aux autres maladies qui peuvent encore être confondues avec la fièvre typhoïde, nous n'y insistons pas, car l'étude de leur diagnostic différentiel ne présente rien qui soit particulier au vieillard.

Le mieux sera de procéder par exclusion, en tenant compte ensuite des principaux signes offerts par la maladie.

Mais, dans les cas douteux, nous avons actuellement un moyen efficace de sortir d'embarras ; nous voulons parler du séro-diagnostic. Dans les 4 observations suivantes où ce moyen a été employé, il a levé tous les doutes.

OBSERVATION XXV

Communiquée à la Société nationale de médecine de Lyon

par M. Lépine ; séance du 1^{er} février 1897.

(*In Lyon Médical* du 14 février 1897).

Homme de 74 ans, entre à la Clinique, le 6 janvier, disant *qu'il avait perdu l'appétit depuis le 8 décembre*. Il gardait le lit depuis le 28 du même mois, et se plaignait d'une constipation

absolue depuis 8 jours. *Pas de céphalalgie, pas d'épistaxis*, langue sèche, un peu rouge, ventre légèrement ballonné.

Le tégument de l'abdomen et du thorax était le siège d'une éruption confluyente de *papules rosées*.

Râles de bronchite dans les deux poumons.

Rien d'important du côté des autres organes.

Pendant les 24 premières heures, *la température oscille entre 38°,4 et 39°,8*. Evidemment, la marche de la maladie paraissait être celle d'une fièvre typhoïde qui aurait atteint le dixième jour, mais à 74 ans, la fièvre typhoïde est rare. Il semblait bien exister comme signe positif des taches rosées, mais vu leur aspect surélevé, très nettement papuleux et leur apparence insolite, on pouvait à la rigueur songer à une éruption anormale, pathogénique ou autre. *La réaction de Widal a levé tous les doutes* qui auraient pu se manifester. Elle était nettement positive. J'ajoute que la maladie a été très bénigne et que, les jours qui ont suivi le 10 janvier, la température n'a jamais dépassé 38°. C'est un cas favorable à l'opinion de ceux qui pensent que l'abondance et la confluence des taches se voient surtout dans les cas bénins.

En résumé malade de 74 ans. Fièvre typhoïde très bénigne. Température très peu élevée, 38°. Constipation. Pas de céphalalgie. Râles de bronchite. Tâches rosées très abondantes et nettement papuleuses. Guérison. Séro-réaction positive.

OBSERVATION XXVI

Communiquée à la Société nationale de médecine de Lyon dans la séance du 8 février 1897 par M. Lannois (*In Lyon médical* du 28 février 1897).

Une femme de 74 ans est entrée à l'hôpital avec des symptômes peu marqués. *Hyperthermie légère et une à deux taches dou-*

teuses. Mais comme elle sortait d'un milieu infecté, la *séro-réaction* fut interrogée. Le résultat positif permit d'affirmer le *diagnostique*, malgré l'absence de signes cliniques probants. Cette malade mourut, moins de sa maladie que de l'impossibilité de faire sa convalescence, vu son âge et le peu de ressort de son organisme. L'autopsie montra une vaste plaque de Peyer ulcérée et en voie de cicatrisation.

En résumé, malade de 74 ans. Fièvre typhoïde à température fixe élevée, taches rosées. Organisme très affaibli n'ayant pas permis de faire les frais de la convalescence. Mort. Plaque de Peyer ulcérée en voie de cicatrisation.

OBSERVATION XXVII (résumée).

Morris Manges (*In Med. Record*, N. Y., 1898).

Homme 65 ans, a ressenti pendant trois semaines environ, un malaise général, une grande difficulté de respirer, de la toux, de la céphalalgie. Pas d'épistaxis. Il dit avoir eu, au début de la fièvre et du frisson. L'état général n'est pas mauvais. Signes de pneumonie. Il y a un peu de tympanisme abdominal, mais pas d'éruption. La rate est augmentée de volume et palpable. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, on fait le *séro-diagnostic* qui est positif. Température légèrement élevée, constipation, guérison. Le malade est resté 18 jours à l'hôpital.

OBSERVATION XXVIII

(Bouland. Thèse de Paris 1899-1900).

C..., Julie sans profession, 62 ans, entre à l'hôpital St-Antoine, Salle Corvisart N° 17, le 2 septembre 1899.

Elle n'accuse que quelques bronchites dans ces dernières années. Coqueluche et bronchite dans l'enfance.

Elle affirme n'avoir jamais eu la fièvre typhoïde. La maladie actuelle a débuté il y a 12 jours environ au dire de la malade. Elle ressentit d'abord une lassitude extrême, *elle eut la tête lourde*, dormit mal la nuit et fut prise d'une diarrhée assez intense. Elle est couchée depuis 6 jours. On obtient d'ailleurs assez difficilement des renseignements précis car *la malade entend mal*.

3 septembre. — Malade très abattue. Lèvres sèches, noirâtres narines pulvérulentes. Langue sèche, fendillée, rouge brun. Bouche remplie de mucosités épaisses. *Pas de taches rosées sur le ventre*. Ventre ballonné. *Gargouillement dans la fosse iliaque droite*. Douleur à la pression dans les fosses iliaques et autour de l'ombilic.

Foie et rate pas augmentés de volume. Cœur paraît normal. Râles de bronchite disséminés dans les deux poumons et râles sous-crépitaux aux bases. Diarrhée profuse, jaunâtre, fétide. Urines foncées, albumineuses. On ne peut en évaluer exactement la quantité car la malade en perd sous elle en allant à la selle.

Régime lacté. Bismuth. Todd. Elixir parégorique.

T. 37° matin. P. 104 dicrote.

T. 37°⁴ soir. P. 104 microte.

4 septembre. — Même état. *Séro-diagnostic positif*.

T. 37°² m. P. 100.

T. 37°⁴ s. P. 100.

5 septembre. — Plus abattue. Diarrhée de plus en plus abondante ; la malade perd sous elle ses matières et ses urines.

T. 37°² m. P. 100.

T. 37°⁶ s. P. 100.

6 septembre. — T. 37°⁴ m. P. 108.

T. 37°⁸ s. P. 108.

Malade de plus en plus abattue. Diarrhée profuse. Langue très sèche. Ventre très ballonné. *Séro-diagnostic nettement positif*.

7 septembre. — T. 37°⁴ m. P. 104.

T. 38° s. P. 104.

La malade ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Respiration bruyante, suspirieuse. Diarrhée de plus en plus intense.

Toujours pas de taches rosées.

8 septembre. — T. 37°⁴ m. P. 112.

T. 38°⁶ s. P. 112.

La malade meurt à 7 h. du soir après avoir passé la journée dans le coma complet.

Autopsie. — Rien au cerveau. Poumons congestionnés aux deux bases. Bronches remplies de mucosités. Cœur volumineux à parois épaisses, de coloration un peu pâle. Foie congestionné 1450 grammes. Rate 200 grammes, enveloppée d'une véritable coque cartilagineuse blanchâtre. A l'intérieur, le tissu splénique est diffus. Reins paraissant peu altérés. Ils se décortiquent néanmoins difficilement. Leur substance corticale paraît diminuée.

Le péritoine paraît normal. Mais la surface péritonéale de l'intestin grêle est extrêmement congestionnée, ecchymotique en certains points de l'iléon. A l'ouverture de l'intestin grêle, on trouve de nombreuses plaques de Peyer saillantes et infiltrées dans la portion terminale de l'intestin grêle. Pas d'ulcérations apparentes. Toute la muqueuse de l'intestin grêle est extrêmement congestionnée.

En résumé : malade de 62 ans. Première atteinte de fièvre typhoïde. Début insidieux. Diarrhée intense. Adynamie. Pas de taches rosées. Douleur et gargouillement dans les fosses iliaques. Pas d'augmentation de la rate. Bronchite. Albumine. Pas de température. Séro-diagnostic positif. Mort 18 jours après le début. Lésions nécropsiques de vieillesse. Infiltration des plaques de Peyer de la portion terminale de l'intestin grêle. Pas d'ulcération.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Le pronostic de la fièvre typhoïde du vieillard est assurément grave, et les statistiques publiées à ce sujet par divers auteurs sont des plus concluantes. Saunders Thomson en 1838 annonce qu'en Angleterre la moyenne de mortalité la plus forte se trouve entre 40 et 50 ans ; que la gravité de la maladie augmente d'environ 34 pour 100 de dix en dix ans, et qu'elle est à 41 ans le double de ce qu'elle est à 21.

Pour Fauconnet et Lombard la gravité est proportionnelle à l'âge du malade.

Andral et Grisolles admettent que c'est après 40 ans surtout, que la maladie devient plus meurtrière.

La statistique de Griesinger à l'hôpital de Zurich donne les résultats suivants au sujet de l'influence de l'âge.

De 0 à 9 ans sur (17 cas) la mortalité fut de 23,5 p. 100

10 à 19	»	(103)	»	13,6	»
20 à 29	»	(238)	»	15,4	»
30 à 39	»	(86)	»	20,7	»
40 à 49	»	(49)	»	24,4	»
50 à 59	«	(14)	»	28,5	»
60 à 69	»	(3)	»	33,3	»

Ce tableau montre qu'entre 40 et 49 ans la mortalité est deux fois plus forte qu'entre 10 et 19 ans.

A l'hôpital Jacob de Leipzig, Uhle eut 9 décès sur 16 cas de fièvre typhoïde chez des individus âgés de plus de 40 ans, soit 52,6 pour 100.

L'étude de tous les cas admis dans une période de 23 ans à l'hôpital des fiévreux de Londres, a permis à Murchison de tracer le tableau suivant où la mortalité se trouve répartie par périodes quinquennales.

Age	Hommes			Femmes			Total		
	Admis- sions	Morts	Mor- talité p. 100	Admis- sions	Morts	Mor- talité p. 100	Admis- sions	Morts	Mor- talité p. 100
Au-dessous de 5 ans	24	3	12.50	34	4	11.75	58	7	12.06
de 5 à 9 ans. . .	331	37	11.17	227	26	11.45	558	63	11.28
de 10 à 14 ans. .	629	70	11.12	545	81	11.86	1174	151	12.86
de 15 à 19 ans. .	744	95	12.76	844	151	17.89	1588	246	15.48
de 20 à 24 ans. .	545	127	23.30	619	111	17.93	1164	238	20.36
de 25 à 29 ans. .	297	51	17.17	303	72	23.76	600	123	20.50
de 30 à 34 ans. .	156	51	32.69	141	25	17.73	297	76	25.59
de 35 à 39 ans. ,	96	28	26.04	105	28	26.66	201	53	27.36
de 40 à 44 ans. .	64	18	28.12	60	15	25.10	124	33	26.61
de 45 à 49 ans. .	27	9	33.33	37	5	13.51	64	14	21.87
de 50 à 54 ans. .	13	3	23.17	23	5	21.73	36	8	22.22
de 55 à 59 ans. ,	12	6	50	8	3	37.50	20	9	45
de 60 à 64 ans. .	12	6	50	8	3	37.50	20	2	45
de 65 à 69 ans. .	3	1	33	2	1	50.00	5	9	40
de 70 à 74 ans. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»
de 75 à 79 ans. .	2	1	50.00	»	»	»	2	1	50.00
Age douteux. . .	46	1	2.17	31	»	»	77	1	1.29
Total comprenant les cas douteux. .	3001	504	16.79	293	530	17.74	5938	1034	17.23

Enfin Josias, dans sa thèse, rapporte 18 cas pris au-delà de 45 ans et sur lesquels il y a eu 11 décès, soit une mortalité de 55 0/0.

Tous les auteurs sont donc d'accord sur la gravité du pronostic, qui peut varier d'ailleurs suivant les conditions individuelles, et, en cas d'épidémie, suivant les caractères que celle-ci présente. Il faut ajouter que la longueur de la convalescence expose les malades à des complications, à des maladies intercurrentes.

CHAPITRE V

Traitement.

Nous ne dirons que peu de chose du traitement, ce travail étant surtout une étude clinique.

Les indications principales consistent à soutenir les forces, à combattre l'adynamie, et les complications pulmonaires ou autres, enfin à surveiller le cœur.

D'une manière générale, les bains, surtout les bains froids, doivent être évités, étant donné l'état athéromateux des vaisseaux. On peut obtenir de bons résultats des lavements froids.

En somme, en raison de l'adynamie qui est l'élément dominant dans la symptomatologie, on prescrira surtout un traitement tonique et stimulant. Dans la plupart des cas, le peu d'élévation de la température contre-indique l'emploi de la médication antithermique.

CONCLUSIONS

1° La fièvre typhoïde peut atteindre tous les âges, même l'extrême vieillesse, mais elle est plus rare après 40 ans qu'avant cet âge, et d'autant plus rare que l'âge est plus avancé.

2° Il est permis d'expliquer ce fait en partie par le nombre relativement restreint des personnes âgées, en partie par l'immunité que confère une atteinte antérieure, peut-être aussi par les conditions physiologiques propres au vieillard.

3° Les symptômes le plus ordinairement observés sont : un début lent et insidieux, une température peu élevée l'absence presque constante d'hypertrophie de la rate, l'éruption de taches rosées nulle ou discrète, une convalescence longue, mais surtout un état adynamique qui se manifeste généralement dès le début.

4° Le diagnostic clinique est souvent difficile à établir et se fera en tenant compte de la notion d'épidémie.

La séro-réaction devra toujours être pratiquée pour faire cesser tous les doutes : elle aura également l'avantage de permettre l'emploi des moyens prophylactiques.

5° Le pronostic, d'une manière générale, est grave, et il l'est d'autant plus que l'âge est plus avancé. La mort survient du 15^e au 25^e jour, le plus souvent dans le collapsus.

6° Les lésions anatomo-pathologiques sont les mêmes dans la vieillesse qu'aux autres périodes de la vie.

7° En raison de l'adynamie et du peu d'intensité de la fièvre, le traitement sera stimulant plutôt qu'antithermique.

Vu par le Président de la thèse

PROUST.

Vu : le Doyen,
GLASSON

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Anders.** — Practice of medicine. Philadelphie, 1897.
- Boy-Tissier (J.).** — Oldage. Twentieth Cent. Pract., N. Y., XII, 1897.
- Brouardel et Thoinot.** — Article fièvre typhoïde, in Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Girode, T. I, 1895.
- Brouardel.** — Recueil du Comité consultatif d'Hygiène, 1891.
- Chantemesse.** — Art. fièvre typhoïde, in Traité de médecine Charçot et Bouchard, T. I, 1891.
- Charcot.** — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards. 2^e édition, Paris, 1874.
- Chomel.** — Clinique médicale, 1834.
- Dreschfeld.** — Allbutt's system of medicine, Lond., T. I, 1896.
- Flint.** — Practice of medicine. Philadelphie, 1884, p. 961.
- Griesinger.** — Traité des maladies infectieuses, 2^e édition, revu et annoté par Vallin. Paris 1877.
- Guéneau de Mussy (N.).** — Recherches historiques et critiques sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Paris 1877.
- Homolle.** — Art. fièvre typhoïde, in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris 1885.
- Hutchinson.** — Pepper's System of medicine, T. I, 1896.

Josias. — De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées. Thèse de Paris 1881.

Lautré. — De la fièvre typhoïde chez les personnes âgées. Revue médicale de Toulouse, 1888, XXII, 245-265.

Legry (T.). — Art. fièvre typhoïde; in: Manuel de médecine de Debove et Achard, 1897, tome VIII, p. 246.

Lombard et Fauconnet. — Etudes cliniques sur la fièvre typhoïde. Gazette médicale. Paris, 1843.

Louis. — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde. Paris 1829.

Manges (M.). — Typhoid fever in the aged. Med. Rec., N.-Y., 1898, LIII, 289-296.

Michel. — Etude clinique sur la fièvre typhoïde chez les vieillards. Thèse de Montpellier, 1883-84.

Murchison. — La fièvre typhoïde, traduit par Lutaud, annoté par H. Guéneau de Mussy, Paris 1878.

Osler. — Practice of medicine. Philadelphie 1893, p. 29.

Pepper's. — System of medicine. Philadelphie, Vol. 1, 1885, p. 319.

Pepper. — Text-book of Theory and Practice of Medicine, Phila., T. I, 1893, p. 103.

Trousseau. — Cliniques. Tome I, p. 346.

Tyson. — Practice of medicine. Philadelphie. 1896.

Wood and Fitz. — Practice of medicine. Philadelphie 1897.

